



ASSOCIATION SPORTIVE  
Pratique du Karaté Shotokan  
ADULTES / ENFANTS / CONFIRMES / DEBUTANTS /  
KARATE SANTE / SENIORS

**2024 – 2025**

**FICHE D'INSCRIPTION**

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ tel: \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_\_ à : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Adresse électronique: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Droit à l'image : J'autorise, je refuse (rayer mention inutile) :

Toute prise de vue (vidéo ou photo) me concernant dans le cadre de l'activité du club et sa publication sur le site du club ou le compte instagram

Je m'engage à respecter la charte de l'association.

**AUTORISATION PARENTALE**

Je soussigné (e) : \_\_\_\_\_

Père, mère, tuteur, représentant légal (rayer mentions inutiles))

Autorise \_\_\_\_\_

A participer aux activités de l'association sportive EKD

Autorise le professeur responsable à faire pratiquer toute intervention médicale ou chirurgicale en cas d'urgence ou de nécessité.

Accepte que la responsabilité du club s'arrête à la porte du Dojo et non sur le parking ou sur la rue.

J'autorise, je refuse (rayer mention inutile) :

Toute prise de vue (vidéo ou photo) de mon enfant dans le cadre de l'activité du club et sa publication sur le site du club ou le compte instagram.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

SIGNATURE :

**le certificat médical (au verso) doit être impérativement renseigné**  
**cotisation annuelle de 150 € pour un adhérent de plus de 16ans, et de 120 € pour**  
**un enfant(âge minimum 7ans)** (chèque à l'ordre de « Esprit Karaté Douvres »).(cette cotisation comprend la licence de la Fédération Française de Karaté qui s'élève à 37€, coupons sport acceptés)

Pour tout renseignement : Thierry Préaux / 06 29 15 08 63 /  
espritkaratedouvres@gmail.com

## **Certificat de non contre-indication à la participation aux entraînements et aux compétitions de Karaté.**

Je soussigné (e) : \_\_\_\_\_

Docteur en médecine, demeurant : \_\_\_\_\_

---

Certifie avoir examiné : \_\_\_\_\_

Né (e) le : \_\_\_\_\_

Et n'avoir constaté à ce jour aucun signe clinique apparent contre-indiquant la pratique du Karaté.

---

---

---

Fait à \_\_\_\_\_

Le : \_\_\_\_\_

**Cachet et signature du médecin**